



Clinique Repères
www.cliniquereperes.ca
info@cliniquereperes.ca
450-370-2564

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

RÉFÉRENCE À L'ÉQUIPE DE CLINIQUE REPÈRES - SOINS DE PROXIMITÉ

Autorisation	
En tant que personne rejointe, j'autorise la communication (verbale, fax, courriel et texto) nécessaire des renseignements médicaux me concernant en lien avec ma situation entre le médecin, l'infirmière et les intervenants qui sont impliqués dans mon cheminement vers un mieux-être. Cette autorisation demeure valide pour une durée de douze mois de service à moins de révocation de ma part.	☐ Oui ☐ Non
Signature de l'utilisateur :	Date :

Raison de la référence	
Nom du référent :	Organisme :
Suivis actifs :	Médecin de Famille:
Attentes du référent :	
Attentes de l'utilisateur :	
Signature du référent :	Date :

Envoyer le formulaire à info@cliniquereperes.ca